ITEM 280 : ASCITE

Ascite = épanchement liquidien péritonéal non sanglant
Mécanismes : non résorption, rupture d'un conduit liquidien, ou excès de production
2 principales causes à identifier : **cirrhose** (85% des ascite), **carcinose péritonéale** (+ICD)

Diagnostic

Clinique

- **Prise de poids** récente inexpliquée
- **Dyspnée** si ascite volumineuse ou épanchement pleural associé
- Inspection : **abdomen distendu** (diagnostic difficile si obèse), **diastasis des muscles**
- Palpation : **signe du flot, signe du glaçon**
- Percussion : **matité** des flancs déclive (Se/Sp 70% environ, témoigne de **min 1500 mL** d'ascite), mobilisable, à limite supérieure horizontale dessinant une courbe concave en haut sur le sujet en décubitus dorsal

DD

- Matité déclive : **globe vésical, kyste volumineux** (ovaire, rein, foie), **accumulation stercorale** dans le colon
- **Hémopéritoine** :
  . Contexte : **post-traumatique, lésion intra-abdominale**
  . Ponction : **liquide sanglant** (hors traversée accidentelle d'un vaisseau), **hématocrite > 1%**
  . Imagerie : **caillots péritonéaux**

Bio

- Bilan : **NFS, CRP, bilan hépatique complet, EPP, BNP/NT-pro-BNP, bilan rénal, protéinurie/24h**

Paraclinique

Ponction d'ascite exploratrice

A réaliser devant toute suspicion d'ascite, **urgente si cirrhose / suspicion d'infection** du liquide d'ascite
Prélèvement de liquide pour **analyses**, puis évacuation par système d'aspiration (**max 6-8 L/ponction**)
➔ Si **cirrhose** : compensation des pertes d'Albumine : **1 flacon d'Albumine 20%/2 L** ponctionnés
Rares complications (en dehors de l'hématome au point de ponction)

Méthode

- 1/3 externe et 2/3 interne de la ligne EIAS gauche - ombilic, en pleine matité, sur patient allongé
- Après s'être assuré de l'absence de splénomégalie en fosse iliaque gauche
- Après réduction manuelle et maintien par un pansement compressif d'une éventuelle hernie ombilicale (risque d'étranglement)
- Après asepsie ± sous AL, avec une aiguille ou un cathéter branché sur une seringue
- Traversée rapide de la peau et de la 1ère épaisseur du pannicule sous-cutanée, puis lentement jusqu'à irruption du liquide, sans excéder un trajet de 5 cm

Analyse

- **Aspect** : **citrin** en général (**chyleux** ➔ compression lymphatique, **hémorragique** ➔ néoplasie)
- Biochimie 1er prélèvement : **protéines, lipases, triglycérides**
  ➔ **Gradient d'albumine** (sérique – ascite) = estimation de la pression portale : quasi-spécifique d'une hypertension portale si gradient > 11 g/L (cirrhose, insuffisance cardiaque, syndrome de Budd-Chiari)
- Cytologie : **leucocytes** (< 250/mm^3), **hématies, cellules malignes**
  ➔ **Si PNN>250/mm3** = infection du liquide d'ascite. **Si PNN très élevés** : perforation d'organe creux.
- Bactériologique (dans des flacons d'hémocultures aéro & anaérobie) : **examen direct** et **culture**
  ➔ **Si liquide hémorragique :** Doser l'hématocrite et si < 1% élimine l'hémopéritoine

- **Echo-doppler abdominale en 1ère intention** : sensible (détection d'ascite minime), recherche d'hypertension portale / signes de cirrhose, +**guide la ponction** d'ascite si doute Dg (obésité)/ascite cloisonnée/peu abondante
- **TDM abdomino-pelvienne/IRM hépatique** en 2e intention pour le Dg étiologique (++si pas de cirrhose)
- **Biopsie péritonéale / de lésion abdominale =** si cytologie du liquide d'ascite non concluante, après avoir éliminé une cirrhose et une IC **:** ponction d'une lésion / ADP **sous coelioscopie** ou **percutanée avec guidage échographique** ➔ Rendement excellent pour la carcinose péritonéale, le mésothéliome et la tuberculose
- **Etude hémodynamique** (rare) : cathétérisme de la veine jugulaire interne pour mesure des pressions veineuses centrale, hépatique, OD/VD et artérielle pulmonaire ➔ cirrhose ou atteinte cardiaque

Etiologies

Excès de production

Protéines **< 25 g/L**

- **Cirrhose** (gradient d'albumine ≥ 11 g/L) : ascite abondante sans douleur abdominale/signe obstructif/ascite cloisonnée, associée à des OMI ➔ échodoppler abdominale
  ➔ Recherche de facteur déclenchant : infection, hémorragie digestive, poussée de la maladie causale, IR
- **Syndrome néphrotique** (gradient < 11) : manifestation inconstante, associée à une anasarque ; BU/protéinurie/EPP
- Autres : **gastro-entéropathie exsudative**, **dénutrition** de type Kwashiorkor

Protéine **s > 25**

- **Insuffisance cardiaque droite** ou **globale avancée, péricardite constrictive** (gradient ≥ 11) : généralement associée à des OMI : ETT
- **Syndrome de Budd-Chiari** (gradient ≥ 11) : obstruction des veines hépatiques, généralement par thrombose, souvent associé à un **OMI** par compression de la VCI : échodoppler / TDM abdominale

		Gêne à la résorption	**Carcinose péritonéale**		**= Cancer digestif** (sauf CHC) ou **cancer ovarien** principalement : - Ascite peu volumineuse, cloisonnée, avec douleurs abdominales / **syndrome d'obstruction intestinale** incomplet, ± OMI - Ascite **riche en protéine et en cellule, taux de leucocytes élevé > 250/mm³**, cytologie inconstamment positive, gradient d'albumine <11 g/L, analyse anatomopathologique - Imagerie (TDM abdominale) : épaississement localisé ou étendu du péritoine
			Mésothéliome péritonéal		= Cause très rare d'ascite - Principalement due à l'exposition à des fibres d'amiante
			Tuberculose péritonéale		= Associée à une **tuberculose digestive** ou d'autres organes (rarement hépatique) - Ascite riche en protéine et leucocytes, avec prédominance lymphocytaire (> 70%), examen direct et culture rarement positive, dosage de l'adénosine désaminase - Diagnostic : **biopsie péritonéale** sous coelioscopie, **PCR BK**
			Autre		- **Lymphome péritonéal** - **Maladie de Still**, **Lupus**, **Maladie de Takayasu**, **Fièvre méditerranéenne familiale**
		Rupture d'un conduit liquidien	**Canal lymphatique mésentérique**	**Ascite chyleuse** = lactescent, riche en triglycérides	- Traumatisme chirurgical - **Hyperpression lymphatique** : lymphome, ADP, thrombose sous-clavière gauche, radiothérapie, péritonite encapsulante, obstruction du canal thoracique - Maladie de Waldenström - Cirrhose - Insuffisance cardiaque droite
			Canal lymphatique hépatique	Liquide riche en protide > 30 g/L sans chylomicrons	- **Cause chirurgicale** principalement, surtout en cas de cirrhose ou d'insuffisance cardiaque droite associée
			Canal excréteur du pancréas	Liquide riche en lipase	- Nécrose : **pancréatite aiguë nécrosante** - Hyperpression : **pancréatite chronique**
			Uretère	Liquide riche en créatinine	- **Traumatisme ± chirurgical** - Nécrose pariétale : **chirurgie, vascularite**
Complications			**Infection du liquide d'ascite**		= Complication **grave, potentiellement mortelle** (tout retard diagnostique augmente la mortalité). Témoigne d'une cirrhose grave - Clinique : **douleur abdominale, iléus, diarrhée, syndrome infectieux** (fièvre, frissons, syndrome inflammatoire), **choc septique**, **ictère**, **insuffisance rénale**, **encéphalopathie**, **hémorragie digestive** ➞ **Asymptomatique dans >20%** des cas : à chercher systématiquement (comptage de cellules) - Paraclinique : **ponction d'ascite en urgence** : **PNN > 250/mm³** en l'absence de toute infection intra-abdominale contiguë (décompte manuel en urgence pour toute ascite de novo/récidivante en contexte de cirrhose), bactériologie positive (inconstant, 40% des cas) **+ Hémocultures, ECBU, Rx pulmonaire :** étiologie, diagnostique différentiel - Prise en charge : **ATB probabiliste avec ponction de contrôle à 48h, albumine à J1 et J3** ➞ Une infection spontanée est mono-microbienne : rechercher une **perforation digestive** ou un **pneumopéritoine** en cas d'infection plurimicrobienne ➞ **Soustraire 1 PNN pour 250 hématies** : risque de faux positif en cas de liquide hémorragique
			Complications mécaniques		- **Dyspnée** : due au volume de l'ascite ou à l'association avec un épanchement pleural (hydrothorax par transfert unidirectionnel de l'ascite abdominal vers la cavité pleurale, généralement latéralisé à droite) ➞ Ponction évacuatrice et albumine en urgence - **Hernie pariétale** (↗P° abdominale par l'ascite) **inguinale** ou **ombilicale**, **éventration, étranglement** - **Rupture d'hernie ombilicale** si ascite tendue ou fragilité cutanée ➞ chirurgie en urgence